

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kemajuan pembangunan nasional memberikan dampak perubahan pada sistem kesehatan Indonesia ke dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Layanan kesehatan tingkat primer seperti Puskesmas berperan penting dalam keberhasilan sistem ini. Fokus pemberdayaan puskesmas sebagai layanan kesehatan primer telah bergeser dengan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif daripada upaya kuratif dan rehabilitatif. Hal ini bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.¹

Seiring dengan pertumbuhan penduduk dan perubahan gaya hidup yang tidak sehat akibat urbanisasi dan modernisasi akan meningkatkan prevalensi berbagai penyakit di masyarakat, erat kaitannya dengan ini adalah *noncommunicable diseases* atau Penyakit tidak menular. Empat jenis utama dari penyakit tidak menular adalah penyakit kardiovaskular (seperti serangan jantung dan stroke), kanker, penyakit pernapasan kronik (seperti penyakit paru obstruktif kronik dan asma) dan diabetes.²

Puskesmas sebagai pusat layanan kesehatan primer sudah seharusnya menjadi lini pertama bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara komprehensif, baik untuk preventif maupun kuratif. Kategori penyakit tidak menular mempunyai sifat kronis yakni durasi dan progres yang panjang.

Oleh karena itu, memerlukan kepatuhan penderita dalam menjalani pengobatan yang lama hingga seumur hidup. Menurunnya kualitas hidup seseorang akibat penyakit kronis membatasi kegiatan sehari-hari, yang dapat memperburuk kondisi psikologis menjadi kondisi depresi.³ Tingginya beban ekonomi, semakin lebarnya kesenjangan sosial, serta ketidakpastian situasi politik menimbulkan masalah-masalah yang lebih kompleks dalam masyarakat. Hal ini merupakan faktor pendukung bertambahnya masyarakat yang menderita depresi.

Depresi adalah penyakit lazim di seluruh dunia, di negara maju maupun berkembang.⁴ Definisi dari depresi adalah gangguan mental yang ditandai dengan adanya perasaan sedih, kehilangan minat atau kesenangan, penurunan energi, perasaan bersalah atau rendah diri, gangguan tidur atau nafsu makan dan kurangnya konsentrasi. Selain itu, depresi sering bersamaan dengan gejala kecemasan.⁵ Menurut data WHO diperkirakan 350 juta orang menderita depresi.⁶ Depresi dapat menyebabkan gangguan fungsi seseorang dalam kehidupan sosial, keluarga, pekerjaan maupun sekolah. Hal ini dapat terlihat dengan munculnya perilaku yang penuh dengan kekerasan, mulai dari tawuran, perundungan (*bullying*), kekerasan dalam rumah tangga, pembunuhan, hingga resiko terburuk yaitu bunuh diri. Lebih dari 800.000 orang meninggal setiap tahun karena bunuh diri. Bunuh diri adalah penyebab kedua kematian di usia 15-29 tahun.⁵

Peningkatan fungsi puskesmas dan adanya JKN secara tidak langsung meningkatkan inisiatif masyarakat untuk lebih peduli dengan kesehatannya. Fungsi Puskesmas sebagai saring pertama dalam mendeteksi masalah kesehatan, termasuk deteksi masalah kesehatan mental. Data riset kesehatan dasar

(Riskesdas) tahun 2013, penduduk usia >15 tahun mengalami gangguan mental emosional termasuk didalamnya kecemasan dan depresi sebesar 6% (>14 juta jiwa).⁷

Peningkatan penyakit medis kronis selalu dikaitkan dengan peningkatan prevalensi gejala dan gangguan depresi. Depresi juga dikaitkan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Adanya penyakit medis kronis membuat dokter dan tenaga kesehatan di pusat layanan primer kurang waspada untuk mengenali dan mengobati depresi. Sehingga, diagnosis depresi dalam pelayanan primer sering kali terlewatkan. Bahkan ketika mereka menyadari adanya gejala depresi pada pasien, mereka menunda untuk mengobati karena menganggap hal itu sebagai bagian dari perjalanan penyakit pasien.⁶ Padahal depresi yang tidak tertangani dapat memperberat penyakit kronis dan sebaliknya apabila dapat di deteksi lebih dini, pemberian edukasi yang baik tentang penyakit dapat menghilangkan afeksi negatif pasien terhadap kondisi penyakitnya.

Berdasarkan pemaparan uraian tersebut, peneliti ingin mengajukan masalah tentang gambaran tingkat depresi pada pasien rawat jalan Puskesmas Halmahera Semarang.

1.2. Rumusan Masalah

- 1) Bagaimana gambaran tingkat depresi pada pasien rawat jalan Puskesmas Halmahera Semarang?
- 2) Bagaimana hubungan tingkat depresi dengan faktor-faktor yang diteliti pada pasien rawat jalan Puskesmas Halmahera Semarang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran dan hubungan tingkat depresi dengan faktor-faktor yang mempengaruhi pada pasien rawat jalan Puskesmas Halmahera Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui gambaran tingkat depresi pasien rawat jalan Puskesmas Halmahera Semarang.
- 2) Mengetahui gambaran faktor demografi pasien rawat jalan Puskesmas Halmahera Semarang.
- 3) Mengetahui gambaran stressor psikososial pada pasien rawat jalan Puskesmas Halmahera Semarang.
- 4) Mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan faktor demografi pada pasien rawat jalan Puskesmas Halmahera Semarang.
- 5) Mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan stressor psikososial pada pasien rawat jalan Puskesmas Halmahera Semarang.
- 6) Mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan penyakit fisik yang diderita pasien rawat jalan Puskesmas Halmahera Semarang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Untuk Ilmu Pengetahuan

- 1) Memberikan sumbangan pengetahuan di bidang ilmu kedokteran jiwa.

- 2) Menjadi masukan untuk dokter dan tenaga kesehatan layanan primer untuk lebih waspada terhadap gejala depresi yang menyertai penyakit fisik.

1.4.2 Untuk Peneliti

Menjadi acuan untuk melakukan pengembangan penelitian ke arah yang lebih luas.

1.5 Orisinalitas

Tabel 1. Keaslian Penelitian

Nama	Metode Penelitian	Hasil
Hidayat D, Ingkiriwang E, Asnawi E, Andri, Widya RS, Susanto DH. Penggunaan Metode Dua Menit (M2M) dalam Menentukan Prevalensi Gangguan Jiwa di Pelayanan Primer. Majalah Kedokteran Indonesia. 2010; 60(10): 448–453.	Deskriptif dengan desain <i>cross sectional</i> .	Gangguan jiwa terbanyak yang didapatkan berdasarkan M2M adalah neurosis sebesar 28,5% sedangkan menurut psikiater, gangguan jiwa terbanyak adalah kecemasan sebesar 14% kemudian dan paling kecil gangguan depresif 2%. (total 28,5%)
Steer R a., Cavalieri T a., Leonard DM, Beck AT. <i>Use of the beck depression inventory for primary care to screen for major</i>	<i>Cross sectional</i> .	<i>BDI-PC scores</i> tidak signifikan berkorelasi dengan sex, usia, ras atau jumlah diagnosa medis. BDI-PC memotong score ≥ 4 menghasilkan maksimal 98%

<i>depression disorders.</i> General Hospital Psychiatry. 1999;21(2):106–111.	efisiensi klinik dengan sensitivitas 97% dan spesifitas 99% masing-masing, untuk mengidentifikasi pasien tanpa MDD. BDI diakui sebagai instrumen efektif untuk skrining pada pasien MDD pada pelayanan primer.
Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Coyne J, Richard Smith G. <i>Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care.</i> General Hospital Psychiatry. 1998 Jan; 20(1):12–20.	Deskriptif. 32% pasien pelayanan primer dengan MDD tidak terdeteksi hingga 1 tahun. Hampir setengah dari pasien yang tak terdeteksi menjadi kasus ide bunuh diri. Ada <1/3 pasien tak terdeteksi melakukan kunjungan selama sebulan melaporkan gejala terburuk, 53% pasien tak terdeteksi melaporkan 5 atau lebih gejala dalam 1 tahun <i>follow up</i> .

Adapun perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada subyek penelitian, tahun penelitian, dan lokasi penelitian. Penelitian ini menggunakan subyek penelitian pasien rawat jalan yang berlokasi di Puskesmas Halmahera Semarang, dengan instrumen pengukuran menggunakan BDI-II.